ÜBER DAS

MELANCHOLISCHE ANFANGSSTADIUM

DER

GEISTESSTÖRUNGEN.

INAUGURAL-DISSERTATION

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

KAISER WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

vorgelegt von

LUDWIG SCHIRMEYER

APPROB. ARZT

aus HÖXTER a. d. Weser (Westfalen).

STRASSBURG

BUCHDRUCKEREI VON R. SCHULTZ & COMP.

1886

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: Prof. Dr. Jolly.

DER FAMILIE HAUPTMANN

EIN ZEICHEN DER DANKBARKEIT.

Witkowski hat im Jahre 1876 eine Arbeit[1] über das melancholische Anfangsstadium der Geistesstörungen veröffentlicht, in welcher er auf Grund des in der hiesigen psychiatrischen Klinik gesammelten Materials zu wesentlich anderen Aufstellungen gekommen ist, als sie bis dahin ziemlich allgemein bezüglich dieses Anfangsstadiums angenommen waren.

Diese Arbeit von Witkowski hat in den neueren Verhandlungen über diese Frage nicht die gebührende Berücksichtigung gefunden, obwohl ähnliche Ansichten wie die von ihm aufgestellten sich neuerdings mehr und mehr Bahn gebrochen haben. Erst in allerjüngster Zeit sind wieder Thesen[2] aufgestellt worden, welche Witkowskis Ansichten direct widersprechen.

Unter diesen Umständen schien es angezeigt, die Frage nach dem melancholischen Anfangsstadium der Geistesstörungen einer erneuten Bearbeitung zu unterziehen; und es wurde mir zu diesem Zwecke das seit 1876 in der hiesigen psychiatrischen Klinik gesammelte Material zur Verfügung gestellt.

Bevor ich auf die Ergebnisse der Durchsicht dieses Materials eingehe, will ich in Kürze die bestehenden Anschauungen und Streitpunkte zusammenstellen.

---

1. Berliner klinische Wochenschrift, 1876, Nr. 50.
2. Inaugural-Dissertation. Greifswald, 1885.

Nach Guislain[1] erübrigte nur mehr die Bestimmung der Grundveränderung, an welche sich die verschiedenen Phänomene der Seelenstörungen anschliessen. Verfasser kommt bei der Untersuchung über diese Frage zu dem Resultat, dass als Grundphänomen stets eine Steigerung der Sensibilität krankhafter Art nachgewiesen werden könne.

Die Entstehung der Seelenstörung aus der krankhaft gesteigerten Sensibilität ergiebt sich nun in folgender Weise: Jeder Reiz löst eine einfache Verrichtung des gereizten Organs aus; steigert sich der Reiz, oder ist die Reizbarkeit des Organs eine krankhaft erhöhte, so tritt ein den verschiedenen Organen entsprechender Schmerz auf, der bei der Seele natürlich ein Seelenschmerz.

Sind bei einer Fortdauer der Reizung die Organe nicht allzusehr geschwächt, so tritt eine Summirung der noch vorhandenen Kräfte, somit endlich eine Reaction gegen die schmerzhafte Empfindung ein; es entwickelt sich aus dem Seelenschmerz eine andere Seelenstörung, welche wiederum verschieden, je nachdem sich die Reaction bald in der Abweichung in den Entschlüssen zeigt (Tollheit, Manie), bald in Nervenspannung (Extase), bald in der Sphäre der Vorstellungen (Verrücktheit), wobei es sogar nicht ausgeschlossen ist, dass die Reaction einen ausgesprochen organischen Charakter haben, sich in Nasenbluten, Menstruation, Hämorrhoiden zeigen kann.

Dieser geistreichen Entwickelung getreu giebt Verfasser an, dass die Schwermuth sich am Anfang fast aller Seelenstörungen zeigt und als Leiden der Sensibilität den Grundcharakter all dieser Krankheiten bildet.

Auch in dem zweiten oben citirten Werke Guislains, welches

---

1. Abhandlung über die Phrenopathien oder ein neues System der Seelenstörungen, von J. Guislain, M.-Dr. Aus dem Französischen von Dr. Wunderlich. Mit Vorwort und Zusätzen von Dr. Zeller. Stuttgart, Leipzig, 1838.

und:

Guislain, Leçons orales sur les Phrénopathies, 2e édition, par B. C. Ingels. Gand-Paris, 1880. (1re édition, 1852.)

mir in der neuen, von B. C. Ingels 1880 besorgten Auflage vorliegt, finden sich genau die alten Ansichten über den Seelenschmerz als Grundphänomen der Seelenstörungen, von welchem aber an einer Stelle nicht nur zugestanden wird, dass er nicht immer eine wahre Melancholie sei, sondern auch, dass es Fälle gebe, bei welchen der Schmerz nur im Grunde vorhanden sei, in Folge dessen nicht zur Beobachtung komme.

Auch Dr. Zeller, welcher an die Phrenopathien Guislains ein längeres Vorwort und einige Anmerkungen knüpft, theilt im Grossen und Ganzen die Ansicht des belgischen Autors; er sagt selbst: «Dass es vorzüglich schmerzhafte Vorgänge im Seelenleben sind, welche theils geradezu die Centralorgane des Seelenlebens in einen krankhaften Zustand versetzen, theils aus mehr minder peripheren Leiden des Nervensystems Centralleiden desselben machen, lehrt die Erfahrung; und ebenso erscheint die krankhafte Schmerzhaftigkeit als der pathologische Grund- und Primitivzustand der meisten Seelenstörungen; doch entstehen aus schmerzhaften Gemüthsbewegungen Seelenstörungen nur unter besondern leiblichen Zuständen.»

Für die Reaction der Seele gegen den eindringenden Schmerz tritt Zeller ebenfalls ein; es wird die Individualisirung des einzelnen Falles durch dieselbe bedingt.

An einer anderen Stelle[1] äussert sich derselbe Autor über die gleiche Frage in folgender Weise: «Die Schwermuth ist die eigentliche Grundform und das erste Stadium aller nur halbwegs sich merkbar entwickelnden und nicht ganz überstürzten Seelenstörungen.» Doch kennt schon Zeller eine Melancholie mit eigenem Ablauf, eigener Entwickelung und verwahrt sich entschieden gegen die Vorstellung, die Melancholie verhalte sich zur Manie wie Fieberfrost zu Fieberhitze: die Verrücktheit glaubt er immer noch als secundäre Form ansehen zu müssen, entstehend nach nicht vollständiger Heilung der eigentlich primären Psychosen.

---

1. Medicinisches Correspondenzblatt des Württembergischen ärztlichen Vereins, 1840, X, Nr. 17, 13. Juli 1840.

Esquirols[1] Stellung zur prodromalen Melancholie betreffend, so giebt er einen wirklichen Uebergang derselben in eine andere Seelenstörung nur für seltenere Fälle der Manie und die häufigsten der Verwirrtheit zu, muss daneben aber auch für die von ihm eingeführte Monomanie, wie für eigentliche Manie, besonders für die intermittirenden Formen zugeben, dass ein bald mehr hypochondrisches, bald mehr melancholisches Vorläuferstadium vorkomme. Doch scheint mir aus der ganzen Schilderung, wie aus dem Umstande, dass Verfasser jetzt hypochondrisches und melancholisches Verhalten in Parallele setzt, während er sich an anderem Orte so entschieden für eine vollständige Trennung beider Zustände ausgesprochen hat, hervorzugehen, dass er sich bei diesem stadium prodromale den Uebergang aus Melancholie in Manie nicht so tief in dem Wesen der Störung begründet denkt wie Guislain, dass er damit vielmehr jene Stimmung ins Auge fasst, welche man bei fast jeder drohenden körperlichen Erkrankung beobachten kann.

In dem Werke von Falret[2] finde ich folgende Sätze, welche seine Ansicht in unserer Frage am besten wiedergeben. Gleich im Beginn sagt er: «Le fondement des deux formes principales de maladies mentales est dépression et exaltation. Ajoutons que cette tristesse, cette anxiété, cette morosité n'est pas seulement un des caractères principaux des mélancolies, mais qu'elle se manifeste souvent dès le principe de toutes les maladies mentales.» Und bei der speziellen Besprechung des Anfangsstadiums der Geisteskrankheiten findet sich: « Sans admettre l'existence constante de ce phénomène (*stadium melancholicum prodromale*), nous croyons néanmoins à sa généralité, mais ce n'est pas une aliénation partielle mélancolique, mais un véritable état général de trouble, de confusion de l'intelligence et d'abattement du moral; c'est sur ce fond maladif

1. Esquirol, Die Geisteskrankheiten in Beziehung zu Medicin und Staatsarzneikunde. Deutsch von Bernhard. Berlin, 1838, Vossische Buchhandlung.
2. Leçons cliniques de médecine mentale. J.-B. Baillière, 1854.

initial d'intelligence et de la sensibilité que germent et se développent soit l'excitation de la manie, soit les idées prédominantes du délire partiel; nous devons ajouter qu'il n'y a de période vraiment aiguë dans les maladies mentales que celle où persiste cet état général de trouble de l'intelligence et du moral, et que la période de chronicité commence en réalité au moment où l'idée fixe est formulée.»

Auch Dagonet[1], welcher Esquirols Eintheilung billigt, hat Einiges von Guislain angenommen; auch er findet bei jeder Geistesstörung eine mehr weniger tiefe Verwirrung der «sensibilité morale» und «une souffrance morale» gleichsam als Incubationsstadium des späteren Deliriums. Doch stellt Dagonet das stadium prodromale melancholicum nicht mehr als unumgänglich nothwendig hin, wie aus späteren Andeutungen hervorgeht:

«Les transformations ne sont pas rares, surtout au début des affections mentales; il est assez fréquent de voir la dépression morale, un état lypémaniaque (mélancolique) plus ou moins accentué précéder de quelque temps l'excitation maniaque.»

Bei Besprechung der einzelnen Krankheitsbilder kommt er zu folgendem Resultate:

«Manie se manifeste par une sorte de dépression ou d'agitation anxieuse», während dieser Anfang bei dem acuten Delirium, welches Verfasser trennt, nur selten vorkommt.

Bei der Lypemanie, der Melancholie der andern Autoren, findet sich die Bemerkung, dass der Satz jedenfalls nicht richtig sei, nach welchem eine Lypemanie der Manie stets vorausgehe, wenngleich der Nachweis häufig möglich sei; nach seiner Ansicht findet man nicht selten als Prodromalstadium einer «Manie érotique» eine «Lypémanie» mit gleichem Charakter.

Für die Monomanie ist ein Uebergang aus Manie eher und häufiger nachzuweisen, denn aus Melancholie.

---

1. Dagonet, Traité élémentaire et pratique des maladies mentales. Paris, 1862.

Dementia ist stets secundär und geht aus einer anderen Geistesstörung hervor.

Griesinger[1] giebt in seinem Lehrbuche gleich anfangs bei der Definition des psychischen Schmerzes die Erklärung für das allem Irresein vorausgehende stadium melancholicum. «Wir werden sehen, dass das Irresein sehr gewöhnlich mit einem Zustande anfängt, wo der Mensch von Allem schmerzliche Eindrücke bekommt, und dass diese Gemüthsbeschaffenheit nicht selten durch unangenehme Erlebnisse vorbereitet und erworben wird.» Und an anderer Stelle sucht Verfasser durch die Metamorphose des «Ich» den typischen, von den alten Autoren angenommenen Gang des Irreseins nachzuweisen, kommt auch hier zu der Ueberzeugung, dass die ersten Stadien der ungeheuren Mehrzahl der Geisteskrankheiten in vorwaltenden Gemüthsleiden und zwar trauriger Art bestehen — «und es bilden den ersten Anfang meist die objectlosen Gefühle der Unaufgelegtheit, des Missbehagens, der Angst, weil die durch die Gehirnaffection gesetzte Masse von Vorstellungen und Trieben anfangs gewöhnlich noch höchst dunkel sind, und deshalb die Störung des Denkens und Wollens und das neue, gegen das Ich hereinbrechende psychische Element erst nur als allgemeine Aenderung in der Gemüthsbewegung gefühlt werden».

Dass selbst das fröhliche Irresein der Guislain'schen Ansicht entsprechend secundär nach Depressionszuständen auftritt, lässt Verfasser auf einer tiefer gehenden psychischen Erkrankung beruhen, zieht als Analogon aus dem motorisch-sensitiven Nervensystem die Beobachtung Purkinjes heran, dass eine ungemeine Leichtigkeit der Bewegungen eintritt, wenn Extremitäten, welche lange belastet waren, plötzlich befreit werden. An anderer Stelle sagt er bei einem Vergleich des Irreseins mit Traumzuständen: «So heben sich denn auch bei den Geisteskranken von dem dunkelen Grunde der krankhaft schmerz-

---

1. Griesinger, Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 3. Auflage, 1871.

lichen Affecte beim Versinken in einen noch tieferen Traumzustand die zurückgedrängten, entgegengesetzten Vorstellungen und Gefühle, die lichten Bilder von Glück, Grösse und dergleichen hervor; und sobald ohne Genesung durch Umänderung des Gehirnzustandes der Druck der schmerzlichen Empfindungen fortgenommen ist, springt das frühere psychische Elend gern in den Jubel der maniacalischen Selbstüberhebung über.»

Bei dem Versuch der Eintheilung der Geisteskrankheiten hält Verfasser noch im Wesentlichen an der Ansicht von Zeller fest, dass die affectartigen Zustände dem secundären Irresein, bestehend in Störungen des Vorstellens und Wollens, stets vorangehen, dass ferner auch die Affecte einen ganz typischen Weg durchmachen von der Melancholie zur Manie und Verrücktheit, dass die von ihm aufgestellten Arten nur Stadien ein und desselben Prozesses seien, wobei die letzteren, secundären auf einer tieferen, palpabeln Veränderung des Gehirns beruhen, welche sich bis jetzt allerdings noch nicht nachweisen lasse. Ein Incubations- oder Prodromalstadium im Sinne des Guislain'schen stadium melancholicum glaubt Verfasser fast überall annehmen zu dürfen, vermisst es nur bei dem Irrewerden der Greise und den psychischen Erkrankungen nach acuten Krankheiten, Typhus, Cholera, Insolation.

Bei dem Uebergang der Melancholie zur Manie findet man nach Griesinger oft eine ganz allmähliche Steigerung des schmerzlichen Affectes, der Angst mit grosser Unruhe bis zur Tobsucht; es scheint dem Verfasser analog den Convulsionen nach lebhafter, unangenehmer körperlicher Empfindung, den Muskelcontractionen nach körperlichem Schmerz — Fäusteballen.

Später schreibt er: «Das Entstehen aus der Schwermuth ist die Regel, doch beruht der Uebergang nicht etwa auf einer absichtlichen psychischen That von Seiten der Kranken, kein Protest gegen die einbrechende Tobsucht.»

Doch nicht lange hielt Griesinger[1] fest an dem so ge-

1. Griesinger, Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin, 1867. (Griesinger, Gesammelte Abhandlungen I, 1872, pag. 127.)

schickt durchgeführten Schema Guislains; und in dem soeben citirten Vortrage finden wir folgende Modification seiner alten Ansichten:

«Ich halte jetzt eine eigenthümliche, sehr chronische Störung, ein Gemisch von Verfolgungs- und Grössenwahn nicht mehr, wie früher, für secundär, sondern ich habe mich vielmehr von der protogenetischen Bildung dieser Zustände überzeugt und bezeichne sie jetzt als primäre Verrücktheit.» Charakteristisch sind «die Primordialdelirien, die falschen Vorstellungen der Kranken, welche bald depressiven, bald exaltirten Inhaltes sind, und welche sich bei der primären Verrücktheit äusserst langsam neben einander entwickeln und so eine eigenthümliche Mischung darbieten von Verfolgungsideen und Grössenvorstellungen.»

Die Priorität in dieser Frage gebührt übrigens wohl Snell[1], welcher im Jahre 1865 den psychischen Erkrankungen, Manie und Melancholie, eine dritte, «Monomanie», als primär und selbstständig entgegenstellte, welche charakterisirt ist durch Wahnideen mit Hallucinationen, von der Melancholie unterschieden durch gehobenes Selbstgefühl, von der Manie durch den Mangel an Ideenflucht und des allgemeinen Ergriffenseins, welche endlich die Gesammtheit des geistigen Lebens weniger ergreift als die übrigen Formen der Geistesstörung.»

Auf das stadium melancholicum prodromale selbst geht Verfasser nicht näher ein.

Von jetzt an wird das von Snell aufgestellte Krankheitsbild allgemein festgehalten; und schon Dr. Wilhelm Sander[2] war in der Lage, eine spezielle Form desselben, die originäre Verrücktheit nämlich, einzuführen, bei welcher, wie bei der Mehrzahl der Verrückten, ein Uebergang aus Melancholie und Manie nicht nachgewiesen werden kann, «wenn man nicht diese

---

1. Zeitschrift für Psychiatrie 22, pag. 368.

2. Dr. Wilhelm Sander, Ueber eine spezielle Form der primären Verrücktheit Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten I, 1868—1869. Berlin.

Begriffe in so laxem Sinne gebrauchen will, dass sie zwar umfassender werden, aber auch ihre eigentliche Bedeutung verlieren.»

Auch bei Dr. Hagen in dem Aufsatze: «Fixe Ideen[1]» findet sich das Zugeständniss des Krankheitsbildes der partiellen Verrücktheit, für welche Verfasser jedoch den von Snell eingeführten Namen «Monomanie» fallen lassen möchte; auch betont er, dass der Affect bei derselben bei Weitem nicht so sehr in den Hintergrund zu stellen sei, denn «die Grundlage für die Wahnbildung sind meist hypochondrische Zustände, zu denen eine Umwälzung im Gemüthsleben tritt von wechselndem, bald freudigem, bald traurigem Charakter, oft durch den Wahn maskirt. Die Gemüthsaffection ist durchaus nicht immer das Secundäre; die letztere ist sogar nach ruhigen Pausen meist der Grund der Wiedererneuerung des Wahns. Trotzdem kann das die Wahnbildung bedingende abnorme Empfindungs- und Denkgefühl auch ohne Affect existieren». Und an anderer Stelle sagt Hagen: «Wenn es daher zwar nicht richtig ist, Affectlosigkeit als Charakteristikum der partiellen Verrücktheit aufzuführen, so lehrt doch im Allgemeinen die Erfahrung, dass in ihr die fixen Ideen nicht mehr unter solchen Gemüthsstürmen auftreten wie in den acuten Formen.» Zum Schluss giebt Verfasser sogar selbst zu, dass «der Wahn immer die Hauptsache sein wird».

Westphal[2] betont gleich Eingangs, dass eine Entwickelung der Verrücktheit aus Melancholie nie beobachtet werden könne, wobei jedoch die Hypochondrie streng abzusondern sei, und versucht eine Aufstellung von vier verschiedenen Formen:

1) Eine aus Hypochondrie entwickelte mit Verfolgungsideen,

---

1. Dr. F. W. Hagen, Fixe Ideen. (Studien auf dem Gebiete der Seelenkunde, 1870. Erlangen, pag. 71.)

2. Westphal, Ueber die Verrücktheit. (Vortrag auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg vom 18.—24. September 1876.) Zeitschrift für Psychiatrie 34, 1878, pag. 252.

später Grössenideen neben falschem Urtheil, Hallucinationen und Illusionen.

2) Spontanes Auftreten von Wahnideen, oft anknüpfend an Sinneswahrnehmungen, ebenfalls mit der Folge von Grössenideen auf Verfolgungsideen, die bisweilen gleichzeitig auftreten.

3) Ganz plötzliches Auftreten massenhafter Hallucinationen mit folgenden Wahnideen.

4) Sanders originäre Verrücktheit, bei welcher der unter 2 erwähnte Modus in frühester Jugend bei der Entwickelung auftreten soll.

Bei all diesen Formen findet sich nie ein der Melancholie entsprechender Gefühlszustand; das Wesentliche beruht in den abnormen Vorgängen in den Vorstellungen. Doch tritt im Verlauf bisweilen selbst eine Steigerung des motorischen Verhaltens bis zum Toben, doch keine Manie ein; ebenso beobachtet man aber auch eine Abschwächung des motorischen Verhaltens, unter welchem Gesichtspunkte wahrscheinlich viele Fälle von melancholia cum stupore betrachtet werden müssen; auch Störung des formalen Denkens bis zur Verwirrung kommt vor. Die Stimmungen sind nach Westphal theils abhängig von dem Inhalte der Vorstellungen, treten bald auch accessorisch auf.

Meynert[1] kommt nach seinen Untersuchungen in den besagten Artikeln zu dem Schlusssatze: «Melancholie und Manie gehören zu den seltenen Krankheitsprozessen, sofern ein denkender und erfahrener Psychiater einmal zum bewussten Ueberblick kommt; — in dem Wahnsinn Snells, oder der primären Verrücktheit Sanders und Westphals liegt das einzige vollständige, in seiner Genesis und Fortentwickelung verstandene Krankheitsbild, die wahrste Description eines Krankheitsprozesses vor, welche die Psychiatrie bis heute besitzt.»

1. Theodor Meynert, Ueber Fortschritte der Lehre von den psychiatrischen Krankheitsformen. (Psychiatrisches Centralblatt, Juni-Juli 1877, Nr. 6-7, pag. 53; Dezember 1877, Nr. 11-12, pag. 118; Januar 1878, Nr. 1, pag. 1.)

Später weist Verfasser durch eine tabellarische Uebersicht, welche sich auf 5 Jahre erstreckt, nach, dass die Zahl der Verrückten auf Kosten der melancholisch und maniakalisch Erkrankten stetig gestiegen ist.

An derselben Stelle fand ich einen Versuch des Dr. Tiling[1], die Geisteskrankheiten zu klassificieren, aus dem Folgendes für unsere Frage von Belang zu sein scheint:

Verfasser stellt auf:

1) Melancholie, welche nicht oder nur selten in eine andere Geistesstörung übergeht, indem die melancholia agitata et stuporosa entschieden zur Verrücktheit gerechnet werden müssen. (Witkowskis melancholische Verrücktheit — melancholischer Wahnsinn oder wahnsinnige Melancholie; Abhängigkeit der Stimmung von den Wahnideen.)

2) Manie, welche bisweilen in Paralyse übergeht und ebenso von der maniakalischen Verrücktheit mit Hallucinationen und Wahnideen zu trennen ist.

3) Folie circulaire.

4) Verwirrtheit nach einem vorausgehenden Stadium der Traurigkeit und Niedergeschlagenheit mit Hallucinationen, dann Delirien und Ruhe. (Verwirrtheit, hallucinatorisches Irresein [Fürstner] — Dementia generalis acuta seu subacuta.)

5) Dementia chronica, welche das ganze Leben dauert ohne Uebergang in Blödsinn, beginnend mit Hypochondrie, dann Hallucinationen mit Wahnideen.

6) Dementia melancholica gravis, gekennzeichnet durch Hirnstupor, welche nur selten zur Genesung, häufiger zu apathischem Blödsinn und Manie führt.

Auch über das stadium prodromale findet sich bei Tiling folgende Andeutung: «Thatsache ist nur, dass bei den meisten

---

1. Dr. V. Tiling, Ueber die Classification der Geisteskrankheiten. (Psychiatrisches Centralblatt, 1878, Nr. 3, pag. 2; Nr. 4-5, pag. 90.)

aller Geisteskranken im Beginn der Krankheit neben andern Symptomen eine sogenannte melancholische Verstimmung d. h. ein in sich gekehrtes, schweigsames, auch wohl trauriges Wesen und Betragen auffällt.» Jedenfalls ist doch schon durch den Zusatz «sogenannte» deutlich genug ausgesprochen, dass auch Tiling dieses Stadium mehr als Vorboten einer hereinbrechenden Erkrankung überhaupt, als gerade einer Geisteskrankheit betrachtet wissen möchte und diesen Zustand sicher noch nicht als Psychose bezeichnen will.

Dr. Hertz[1], welcher für das Bestehen der Verrücktheit als primäre Erkrankung ganz entschieden eintritt, möchte nur den Namen durch «Wahnsinn» ersetzt haben, schon mit Rücksicht auf die so passende Bezeichnung «Wahnideen». Bei einer folgenden Schilderung giebt Verfasser neben dem acuten Zustandekommen ein mehr chronisches Eintreten zu mit meist hypochondrischem, nicht melancholischem Prodromalstadium. Dabei ist von einer herrschenden Gemüthsveränderung nicht die Rede; jene Stimmung ist meist eine zerstreute und zwar häufiger deprimirt als exaltirt zerstreut.

Nachdem nunmehr das Bild der primären Verrücktheit durch zahlreiche Einzelschriften umgrenzt, und dadurch auch die Stellung des stadium melancholicum prodromale eine entschieden andere geworden ist, erübrigt uns noch, auf einige später erschienene Lehrbücher einzugehen, zu untersuchen, welchen Platz das melancholische Anfangsstadium dort behauptet hat.

Gleich am Anfang spricht sich Schüle[2] noch in folgender Weise aus: «So beginnt die hypochondrische Melancholie als ein sehr häufiges Einleitungsstadium der psychischen Hirnneurose; das krankhaft gesteigerte Wohlgefühl tritt in der Regel nicht als primäres, sondern als das zweite Stadium der

1. Dr. Hertz, Ist die Ausdrucksweise «Verrücktheit, primäre Verrücktheit» in dem jetzt gebräuchlichen Sinne in unsere Technik einzuführen oder nicht? (Zeitschrift für Psychiatrie, Nr. 34, 1878, pag. 271.)

2. Schüle, Handbuch der Geisteskrankheiten, 1878. (Ziemssen, Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, Tom. XVI.)

depressiven Stimmung auf.» Während nun der Verfasser bei den primären, wie secundären Formen der Psychoneurosen stets eine prodromale Melancholie findet, vermisst er dieselbe sowohl bei der primären Verrücktheit, wenn er auch keinen Anstand nimmt, letztere zu den Psychoneurosen zu stellen, als auch bei denjenigen Cerebropsychosen, die nicht als melancholia, etwa attonita, weitergehen.

Bei der speziellen Untersuchung über das stadium melancholicum kommt Verfasser zu folgendem Satze: «Je functioneller die Psychose, d. h. je mehr die krankhaften Seelenäusserungen dem Schema des physiologischen Affects mit Beibehaltung der psychischen Mechanik entsprechen, desto ausnahmsloser ist auch das melancholische Vorstadium da; je mehr dagegen die brüske Hirnkrankheit vorherrscht, deren nur zwischenläufiges Symptom die Phychose darstellt, desto unzuverlässiger ist dessen Voraufgang.»

Und bei einer eingehenden Construction des Verlaufes der Psychoneurosen findet sich ganz der alte Ausspruch: «Nicht isolirte Symptomencomplexe sind es, sondern bewegliche, psychische Zustände, welche sich in gesetzmässiger Weise zusammensetzen und ablösen und dabei mit einander ein und denselben Prozess bilden: «das typische Irresein». Melancholie und Manie, Wahnsinn und Blödsinn sind nicht getrennte Krankheitsformen, sondern vielmehr Stadien eines typischen, grossen Grundprozesses, der Psychoneurose.» Während sich jener Satz bei der Unkenntniss der primären Verrücktheit, die von allen Autoren, so auch von Schüle, zu den rein functionellen Geistesstörungen (Schüles Psychoneurosen) gestellt wird, wenigstens ohne Inconsequenz aufstellen liess, macht es jetzt einen eigenen Eindruck, jener Krankheitsform stets eine Sonderstellung in Beziehung auf das Anfangsstadium einräumen zu wollen. Nach meiner Ansicht bleiben nur zwei Möglichkeiten: Entweder ist die Verrücktheit keine wirkliche Psychoneurose; oder die letzteren verlaufen eben nicht nach dem Schema, welches man ihnen aufzuzwingen für nöthig hält. Dass all jenen Psychoneurosen der gleiche Grundprozess zu Grunde liegt, lässt sich

wohl kaum bezweifeln; doch scheint mir der Schluss nach den späteren statistischen Ausweisungen ebenso berechtigt, dass sie alle nur verschiedene Formen, verschiedene Aeusserungsweisen derselben Erkrankung seien, als sie für Stadien zu halten, welche in regelmässiger Ordnung sich folgen, sich ablösen müssen. Warum sich die Störung das eine Mal als Melancholie, ein zweites Mal als Manie oder Verrücktheit äussert, das zu eruieren scheint mir nur dann möglich, wenn man in der Lage ist, mit grösster Sorgfalt das ganze Leben des Kranken, Charakter, Erziehung und sicher auch die Gelegenheitsursachen kennen zu lernen.

Bei der Untersuchung über das Incubationsstadium des chronischen Irreseins giebt Krafft-Ebing[1] zunächst zu, dass genaue Nachrichten darüber oft fehlen oder nicht ausreichend vorhanden sind; auch stellt er den durch die Erfahrung begründeten Satz wieder auf, wonach chronisches Irresein nicht mit inhaltlichen Störungen des Vorstellungslebens (Wahnideen) beginne, sondern mit affectiven Zuständen, anormalen Stimmungen, will jedoch das seit Guislain fast allgemein angenommene stadium melancholicum für alle Fälle nicht zugeben, da er es sowohl bei Manie, wie bei primärer Verrücktheit vermisst, vor allem aber auch nicht jede etwa auftretende Gereiztheit als melancholische Geistesstörung erklärt wissen will.

Bei Beschreibung der einzelnen Arten des chronischen Irreseins scheidet Verfasser entschieden zwischen Melancholie als Krankheitsform und einem melancholischen Element als Prodromalerscheinung bei der Manie; doch giebt er als Ausgang der complicirteren Formen, der melancholia cum stupore et agitatione, über deren etwaige Zustellung zur Verrücktheit ja bereits einige Autoren vor ihm sich ausgesprochen haben, Blödsinn und Verrücktheit zu.

Für die Manie als selbstständige Psychose, für plötzlich auftretende Tobsucht nimmt Verfasser meist ein Prodromalstadium mit melancholischem Charakter an, abgesehen von den

---

1. Krafft-Ebing, Psychiatrie, 1879, I u. II.

Fällen, welche nach trauma capitis, Insolation, Alkoholexcessen, Blutungen, in der Reconvalescenz auftreten.

Ganz entschieden aber vertritt Krafft-Ebing die primäre Verrücktheit ohne vorausgegangene Affectzustände.

Einen ganz neuen Standpunkt in dieser Frage endlich nimmt das jüngste Lehrbuch der Psychiatrie von Prof. Dr. Arndt[1] ein, in welchem nicht nur das stadium melancholicum prodromale als unumgänglich nothwendig gefordert wird, sondern auch der Schluss einer jeden Psychose eine zweite Melancholie sein muss. Doch scheint mir Verfasser in den Fehler verfallen zu sein, vor welchem schon Sander in dem oben angezogenen Aufsatze warnt, und die Bezeichnung Melancholie in so laxem Sinne genommen zu haben, dass man fast versucht sein könnte, seine These:

«Jede Psychose beginnt und endet mit einer Melancholie», welche er in einer neueren Dissertation[2] durch einen Schüler, Herrn August Dohm, aufstellen lässt, dahin zu erweitern, «dass jede somatische Erkrankung mit einer melancholischen Geistesstörung beginne». Folgendes sagt der Verfasser: « Alle psychischen Störungen beginnen mit einer melancholischen Verstimmung. Dieselbe pflegt sich allerdings aus ganz leisen Anfängen, allmählich an Intensität zunehmend, nur langsam zu entwickeln in Wochen, vielleicht sogar Monaten, ja mit Schwankungen und vorübergehenden Besserungen erst in sogar noch längerer Zeit, und dann macht ihre Würdigung keine Schwierigkeiten. Allein bei starker psychopathischer Anlage kann dieselbe auch einmal rascher zu einer gewissen Höhe gedeihen und dann in ihrer Bedeutung fürs Erste durchaus dunkel sein. Auch eine Reihe anderer Krankheiten und aussergewöhnlicher Vorgänge werden von melancholischen Zuständen eingeleitet, beziehungsweise in ihren Anfangsstadien oder auf ihrem ganzen Verlaufe

---

1. Dr. Rudolf Arndt, Lehrbuch der Psychiatrie. Wien-Leipzig, 1883.
2. August Dohm, Ueber den Ablauf der Psychosen nach dem Nervenerregungs- resp. Nervenzuckungsgesetze. Inaugural-Dissertation, 1885, Greifswald.

von ihnen begleitet: die Pocken, der Typhus, der Scorbut, die Gicht, selbst der Rheumatismus, die Chlorose, die Herz- und Lungenkrankheiten, die Gravidität; und aus diesen verschiedenen melancholischen Zuständen herauszufinden, was gerade vorliegt, ist häufig ganz unmöglich. Erst die Zeit und der Verlauf der Affection vermag den wünschenswerthen Aufschluss zu geben. Die oben erwähnten melancholischen Zustände, welche einer grossen Anzahl von sogenannten rein somatischen Erkrankungen vorausgehen oder auch sie begleiten, wir wiederholen es, sind auch wirkliche psychische Störungen, sind Psychosen im wahrsten Sinne des Wortes und darum an und für sich gar nicht von den Zuständen, die man der herkömmlichen Auffassung nach allein als Psychosen ansieht, zu unterscheiden. Und wie richtig das ist, geht daraus hervor, dass diese nur ganz schwachen, ja öfters blos ganz leise angedeuteten psychischen Störungen in solche von höchster Stärke überzugehen vermögen, und dass dann kein Mensch mehr daran zweifelt, es thatsächlich mit dem zu thun zu haben, was es wirklich ist, eben mit einer Psychose. Es sind das die zahlreichen Fälle, in denen eine rein somatische Erkrankung zu einer psychischen Veranlassung gegeben, ihren Ausbruch herbeigeführt hat. Thatsächlich liegt die Sache so, dass, solange bei irgend einer Krankheit die charakteristischen Symptome in den Hintergrund treten, dass so lange nach den landläufigen Meinungen man es nur mit jener Krankheit zu thun habe, die nur bald mehr, bald weniger von allerhand Störungen des Allgemeinbefindens, nervösen Störungen und dgl. begleitet werde; dass dagegen, treten die psychischen Störungen in den Vordergrund, verdecken sie vielleicht gar die charakteristischen Symptome der Krankheit, dass dann man es aber mit einer Psychose zu thun habe und zwar nach dem feinen Diagnostiker mit einer auf Grund der vorliegenden Krankheit, sonst auf Grund irgend welcher angeblichen Gesetze, nach denen überhaupt die Psychosen entstehen und verlaufen sollen.»

Dieser Durchsicht der Schriften der einzelnen Autoren, von denen ein Theil sich eng an die Ansicht Guislains hält und

den Uebergang aus Melancholie in Manie für durchaus erforderlich ansieht, während ein anderer bereits zugiebt, sowohl dass das melancholische Anfangsstadium bisweilen fehle, dass ganz besonders bei der primären Verrücktheit dasselbe nicht gefunden wird, als auch, wie unter anderen Krafft-Ebing wohl ziemlich deutlich ausspricht, dass jenes melancholische Element im Beginn der Geistesstörungen mehr jenem Unbehagen, jener Gereiztheit entspreche, die anderen körperlichen Erkrankungen vorauszugehen pflegt, will ich ein Referat der Arbeit von Witkowski gegenüberstellen, woraus man leicht ersehen wird, wie eine statistische Zusammenstellung das Gebiet jenes stadium melancholicum prodromale noch mehr einengt, wie nicht nur ein grosser Theil der Fälle von Manie ohne initiale Melancholie verläuft, sondern ganz besonders der Verrücktheit die Stellung als primäre Erkrankung gesichert wird.

Witkowskis[1] Material umfasste 85 Fälle und berücksichtigt Melancholie, Manie, Verrücktheit, Schwachsinn, nebenbei auch dementia paralytica. Verfasser fand Depressionszustände bei Paralytikern in $^1/_{10}$ der Fälle, bei Manie in etwas über $^1/_6$; beim Schwachsinn war unter 3 Fällen einer mit Depression; über die Dauer giebt er nur für die Manie an, dass sie in 2 Fällen nur einige Tage, in 1 Falle einen Winter hindurch geherrscht haben.

Bei der Verrücktheit stellte sich das Verhältniss der Deprimirten zu den nicht Deprimirten wie 14:12. Witkowski fand demnach unter 26 Fällen 12 Mal das Bild der primären Verrücktheit, glaubt somit einen deutlichen Beleg für das Bestehen dieser Krankheitsform beigebracht zu haben.

Für die 14 Kranken mit vorausgehenden Depressionserscheinungen möchte er die Bezeichnung «secundäre Seelenstörung nach Melancholie mit Wahnideen» verwerfen, schlägt vor, diese Fälle als «melancholische», in sehr seltenen Fällen

---

1. Witkowski, Ueber das melancholische Anfangsstadium der Geisteskrankheiten. (Berliner klinische Wochenschrift, 1876, Nr. 50.)

als «maniakalische Verrückte» zu bezeichnen, indem er sich zunächst auf die von Griesinger in einem besonderen Aufsatze[1] vorgebrachten Gründe stützt, als fünften die von ihm in manchen Fällen sicher constatirte Thatsache hinzufügt, dass die ersten Wahnideen der Depression zeitlich vorangehen. Berechtigt aber scheint dem Verfasser, der Melancholie und Manie auf der einen, dem Schwachsinn auf der andern Seite die Verrücktheit als selbstständige Erkrankung zur Seite stellen zu dürfen.

Zum Schluss sucht Verfasser eine Erklärung für die allgemeine Anerkennung, welche das stadium melancholicum prodromale so lange Zeit gehabt, und findet dafür folgende Gründe:

1) Eine Depression ist bei den Kranken sehr natürlich, welche ihre geistige Umgestaltung, ihr Anderswerden empfinden, in zahlreiche Conflicte mit der Aussenwelt gerathen, von Hallucinationen und Illusionen gequält werden, entsteht ferner leicht durch die Ueberbringung in eine Anstalt, weshalb man auch bei guter Leitung meist ein sehr schnelles Schwinden beobachten kann; in diesen Fällen ist die Depression meist secundär, und primär nur die Störung in den Vorstellungs- und Sinnescentren.

2) Verwechselung der primär Schwachsinnigen mit und ohne Paralyse kommt sicher häufig vor; die als «tiefsinnig» bezeichnete Stimmung derselben geht jedoch aus der Thatsache hervor, dass ihnen Gedanken und Willensimpulse ausgehen.

3) Vergleicht Verfasser die Depression mit der gemüthlichen Abgeschlagenheit, welche man auch bei Typhen und anderen nicht psychischen Krankheiten findet und sicher nicht Melancholie nennen darf; wahrscheinlich kann man die Depression der Maniaci hierher rechnen.

---

1. Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin, 1867. (Griesinger, Gesammelte Abhandlungen I, 1872, pag. 127.)

4) Beschuldigt er, wie schon Griesinger vor ihm, die oft unvollständige Anamnese.

Zuletzt weist Witkowski auf die Wichtigkeit der Erkenntniss der Anfangsstadien in forensischer Hinsicht hin und glaubt das stadium melancholicum prodromale durchaus nicht mehr als unentbehrliche oder auch überwiegende Einleitung der Geisteskrankheiten ansehen zu dürfen.

Das Material nun, welches mir durch die Güte des Herrn Prof. Jolly zur Verfügung stand, umfasst die Geisteskranken der Jahre 1876—1884 inclusive; es waren im Ganzen 1100 Krankheitsfälle, von welchen 480 den bei dieser Arbeit in Betracht gezogenen Geisteskrankheiten zugestellt werden konnten; aus diesen wurden 289 verwerthet, bei denen eine hinreichende Anamnese geboten schien.

Diese Kranken vertheilen sich auf Melancholie, Manie, Verrücktheit, Schwachsinn und Verwirrtheit in folgender Weise:

Krankheitsform.	Gesammtsumme.			Auswahl.			Mit Depression.			Ohne Depression.		
	Männer.	Weiber.	Total.	Männer.	Weiber.	Total.	Männer.	Weiber.	Total.	Männer.	Weiber.	Total.
Melancholie	52	139	191	33	65	98	33	65	98	—	—	—
Manie	30	60	90	22	47	69	6	15	21	16	32	48
Verrücktheit . . .	40	73	113	40	48	88	5	8	13	35	40	75
Schwachsinn.	10	19	29	9	11	20	2	3	5	7	8	15
Verwirrtheit.	29	28	57	8	6	14	3	1	4	5	6	11
Summe. . .	161	319	480	112	177	289	49	92	141	63	86	149
Summe nach Abzug der Melancholie.	109	180	298	79	112	191	16	27	43	—	—	—

Krankheitsform.	Verhältniss der deprimirten zu den nicht deprimirten.			Quotient.		
	Männer.	Weiber.	Total.	Männer.	Weiber.	Total.
Melancholie	33	65	98	—	—	—
Manie.	6 : 16	15 : 32	21 : 48	$^3/_{11}$ (fast $^1/_4$)	$^{15}/_{47}$ (fast $^1/_3$)	$^7/_{23}$ (fast $^1/_3$)
Verrücktheit. . . .	5 : 35	8 : 40	13 : 75	$^1/_8$	$^1/_6$	$^{13}/_{98}$ (über $^1/_7$)
Schwachsinn. . . .	2 : 7	3 : 8	5 : 15	$^2/_9$ (fast $^1/_3$)	$^3/_{11}$ (fast $^1/_4$)	$^1/_4$
Verwirrtheit. . . .	3 : 5	1 : 6	4 : 11	$^3/_8$ (fast $^1/_2$)	$^1/_7$	$^4/_{15}$ (fast $^1/_3$)
Summe . . .	49 : 63	92 : 86	141 : 149	$^7/_{16}$ (fast $^1/_2$)	$^{46}/_{89}$ (fast $^1/_2$)	$^{141}/_{290}$ (fast $^1/_2$)
Summe nach Abzug der Melancholie .	16 : 63	27 : 86	43 : 149	$^{16}/_{79}$ (fast $^1/_5$)	$^{27}/_{113}$ (über $^1/_4$)	$^{13}/_{192}$ zwischen $^1/_4$ und $^1/_5$

Es ergiebt sich aus der obigen Zusammenstellung, dass selbst mit Einschluss derjenigen Krankheitsfälle, die theils als einfache Melancholie, theils als Melancholie mit agitation oder stupor begannen und verliefen, abgesehen vielleicht von 10 Fällen, von welchen die Krankengeschichte sagt, dass sie beruhigter nach Stephansfeld gebracht wurden, und über welche weitere Nachrichten fehlen, über die Hälfte der in Betracht gezogenen Anfälle von Geistesstörungen ohne stadium melancholicum prodromale verlaufen sind. Und bei Abzug der Fälle von Melancholie, wobei ich, um jeden Einwand zu vermeiden, jene nicht bis zum Schluss beobachteten Fälle den Anhängern der initialen Melancholie zustellen möchte, zeigt sich, dass fast genau ein Viertel aller Anfälle mit Depression begannen, somit drei Viertel übrig bleiben, welche dem Dohm'schen Satze schroff gegenüberstehen; denn es verhalten sich nunmehr die Fälle mit vorangehenden Depressionserscheinungen

zu denen, welche ohne dieselben verliefen, wie (43 + 10) : 149, woraus sich fast genau der Quotient $^1/_4$ ergiebt.

Was nun die Manie betrifft, so ist leicht ersichtlich, dass nur bei etwa einem Drittel der beobachteten Erkrankungen Depressionserscheinungen vorangingen, wobei ich mich entschieden für berechtigt halte, 4 Fälle der mit initialer Melancholie verlaufenen noch auszuschliessen, indem, wie aus den Tabellen ersichtlich war, bei dreien der eigentlich beobachtete Anfall nicht von einer Depression eingeleitet, aber etwa vor 10—7 Jahren ein ausgesprochener Anfall von Melancholie als vorausgegangen angegeben wurde; bei einem endlich eröffnete nicht eine eigentliche Melancholie die Scene, sondern die unbestimmte Angst vor Wiederholung einer allerdings melancholischen Geistesstörung, welche aber ebenfalls bereits vor Jahren eine Aufnahme nothwendig gemacht hatte. Sollte man mir verstatten, auch diese 4 Fälle noch zu meinen Gunsten auszulegen, so dürfte sich das Verhältniss noch günstiger gestalten und würden sich nur für weniger als ein Viertel der maniakalisch Erkrankten initiale Depressionserscheinungen nachweisen lassen.

Betreffend die Dauer der initialen Melancholie bei der Manie, so liess sich dieselbe nur in 6 Fällen genauer feststellen; dabei ergab sich denn, dass dieselbe in einem Falle $1^1/_2$ Jahr gedauert; bei zweien zählte man wenige Monate, bei zweien mehrere Wochen und bei einem endlich nur die ganz vorübergehende Zeit von 3 Tagen.

Einigermassen auffallend, übrigens von andern Autoren bereits zugegeben, erscheint, dass bei der Beachtung der etwaigen Gelegenheitsursachen unter den 43 Fällen ohne Depression sich 16, also nicht ganz ein Drittel finden, bei welchen eine somatische Erkrankung, bei Frauen ganz besonders eine solche, die mit Menstruation, Geburt und Wochenbett in Beziehung steht, wiederholt Verletzungen, besonders des Kopfes, sich nachweisen liess.

Auch auf das stadium melancholicum secundarium Arndts und seines Schülers August Dohm glaubte ich meine Aufmerksamkeit richten zu müssen, möchte aber von vornherein erklären, dass in keinem der Fälle ein Uebergang in wirkliche

Melancholie beobachtet werden konnte. Jedenfalls ist aus den Anlagen deutlich, dass in einem Fünftel der Fälle (15 : 69) Stimmungsänderungen theils ganz vorübergehend während des Verlaufes, wobei die Fälle von folie circulaire natürlich von vornherein unberücksichtigt blieben, theils beim Abklingen der Manie nachweisbar waren. Auch von diesen verdienen 5 Fälle wiederum ausgeschaltet zu werden, da die Stimmung in einem derselben durch Krankheitseinsicht und das Gefühl, von der Umgebung für einen Narren gehalten zu werden, einmal durch etwas strenge Behandlung in der Anstalt nach Ansicht der Patientin, welche wegen allzu starken Tobens wiederholt isolirt werden musste, beeinflusst wurde; bei dreien endlich waren körperliche Beschwerden Veranlassung etwas gedrückter, hypochondrischer Stimmung. Somit dürfte sich auch die zweite Forderung des Herrn Dohm, die secundäre Melancholie, in ganzer Schroffheit nicht aufrecht erhalten lassen, da nur in einem Siebentel der Fälle, wie ich nochmals betonen möchte, Stimmungswechsel, allerdings nach der depressiven Seite hin, sich zeigte.

Ueber die Fälle von Schwachsinn und Verwirrtheit habe ich nichts Besonderes hinzuzufügen. Zwar ist die Zahl der Erkrankungen keine sehr grosse, doch aber deutlich ersichtlich, dass für die Verwirrtheit die initiale Melancholie allerdings eine grössere Zahl der Fälle einleitet, während bei den Erkrankungen an Schwachsinn der Nachweis nur für sehr wenige Fälle möglich ist; jedenfalls aber hat auch die Stimmungsänderung bei Besserung des Anfalles nur eine ganz geringe Ziffer aufzuweisen, denn es zeigt sich eine Depression am Anfang beim Schwachsinn in einem Viertel der Fälle (5 : 15), bei der Verwirrtheit in drei Achtel (3 : 5), also fast bei der Hälfte; eine Stimmungsänderung zur Depression zeigte sich im Verlauf und am Schluss bei dem Schwachsinn unter 20 Fällen 5 Mal, also ebenfalls bei einem Viertel, bei der Verwirrtheit unter 15 Fällen nur 1 Mal, wobei ich noch darauf aufmerksam machen möchte, was zugleich auch für Manie und Verrücktheit gilt, dass diese Fälle mit Wechsel der Stimmung nicht immer auch zu den-

jenigen zu rechnen sind, bei welchen beginnende Melancholie nachgewiesen werden konnte.

Ganz evident aber zeigt obige tabellarische Zusammenstellung, wie nothwendig die Aufrechterhaltung des Bildes der primären Verrücktheit ist.

Denn während noch Witkowski unter den 26 Fällen aus der Klasse der Verrücktheit nur 12 Mal letztere Erkrankung constatieren konnte, ergiebt sich nunmehr, nachdem das Krankheitsbild durch so mannigfache Untersuchungen sicher umgrenzt und festgestellt, nachdem vor Allem aber auch auf das Vorkommen mehr und mehr geachtet wurde, ein bedeutend anderes Verhältniss. Sind doch unter meinen 88 Anfällen 75, bei welchen sicher nachgewiesen werden konnte, dass das Primäre stets in dem Auftreten von Hallucinationen und Wahnideen zu suchen sei, während die von Witkowski als melancholische Verrückte oder nach alter Bezeichnung als Melancholien mit Wahnideen und Uebergang in secundäre Seelenstörung bezeichnete Krankheitsform nur durch 13 Fälle repräsentirt wird.

Bei einer genaueren Durchsicht nun der Tabellen konnte man sich unschwer überzeugen, dass nur sehr seltene Fälle ganz ohne Affect verliefen, also das Bild der primären Verrücktheit im strengsten Sinne darboten, wogegen zumeist bald stärkere Erregung, grössere Lustigkeit, bald gemüthliche Depression, Weinen, Angst und Jammern auftrat. Trotzdem glaube ich alle diese Fälle, natürlich abgesehen von den 13 melancholisch Verrückten, der primären Verrücktheit zustellen zu müssen. Denn es ergiebt sich aus den Krankengeschichten zur Evidenz, nicht nur dass der Affect stets eine Secundärerscheinung war, sondern er zeigte sich auch durchaus abhängig von dem Charakter der Hallucinationen und Wahnideen, so dass er sich bald nach der melancholischen Seite neigte, wenn die Ideen allzu unangenehm und quälend, die Hallucinationen zu schrecklich waren, theils nach der heiteren, wenn Grössengedanken, erfreuliche Hallucinationen den Kranken beschäftigten.

Da nun gleich bei der ersten Aufstellung der primären Ver-

rücktheit als selbstständige Krankheitsform als Charakteristikum angegeben wurde, dass die Wahnideen meist unangenehmer Natur, meist Verfolgungs- und Versündigungsideen seien, was ist da natürlicher, als dass in einer grösseren Anzahl von Fällen, bei meinem Material in über einem Drittel (25 : 63), Stimmungsänderungen nach der depressiven Seite hin gefunden werden?

Jedenfalls aber scheint es mir ebenso verständig, ebenso consequent, ihr Auftreten an die Art der Ideen zu knüpfen, denn auf tiefer gehende Ernährungsstörungen mit Arndt zu schliessen. Für einige der zugezogenen Fälle lässt sich die Depression zweimal sogar aus körperlichen Beschwerden, einmal aus dem dringenden Verlangen, nach Hause entlassen zu werden, ableiten.

Schon oben bei Darlegung der Ansicht von Prof. Arndt über das melancholische Anfangsstadium glaubte ich behaupten zu können, dass von Arndt und gleicher Weise von seinem Schüler August Dohm[1], der Begriff der Melancholie allzusehr ausgedehnt, dass, weil die Psychosen doch auch Krankheiten, es von vornherein gar nicht zu verwundern sei, wenn ihnen ein Stadium der Unpässlichkeit, der Unaufgelegtheit vorausgeht, wie man es eben bei den meisten acuten Krankheiten beobachten kann. Die Entscheidung, ob man diese Art eines Prodromalstadiums als Melancholie im Sinne der Psychiatrie, der Manie und Verrücktheit vollständig gleichstehend ansehen darf, möchte ich berufeneren Männern überlassen. Jedenfalls bot mir die erwähnte Inaugural-Dissertation einige Punkte, welche ich wenigstens kurz berühren, und über welche ich vom Verfasser Aufklärung erbitten möchte.

Dass es eine Vesania typica completa et incompleta, wie sie von Kahlbaum und Arndt aufgestellt worden ist, giebt, daran ist wohl kaum zu zweifeln; nur darf man, wie ja überhaupt

1. August Dohm, Ueber den Ablauf der Psychosen nach dem Nervenerregungs- resp. Nervenzuckungsgesetze. Inaugural-Dissertation, 1885, Greifswald.

gerade in der Medizin Schematismus wenig angebracht und sehr bedenklich ist, nicht annehmen, dass jener Typus stets eingehalten werden müsse, darf vor Allem eine subjective Ansicht den Thatsachen nicht so schroff gegenüberstellen, nicht etwa mit Dohm sagen: «Doch halten wir das plötzliche Eintreten einer Manie für unmöglich entsprechend dem Zuckungsgesetze des ermüdeten oder erkrankten Nerven.» Auch die primäre Verrücktheit nimmt bei Arndt und Dohm eine ganz eigene Stellung ein: zwar kann er sich gegen die Untersuchungen so zahlreicher Forscher nicht direct wenden, muss das Bestehen derselben entschieden zugeben; doch aber versucht er auf jede Weise den Affect und natürlich für den Anfang auch den melancholischen Affect in seine Rechte einzusetzen, übersieht dabei aber ganz, dass doch vielleicht einmal die Wahnvorstellungen das Primäre, und die Melancholie nur eine Folge derselben sein könnten.

Wenn Herr Dohm übrigens glaubt, durch die Einführung des Nervenerregungs- resp. Zuckungsgesetzes in die Psychiatrie ein System gebracht zu haben, so vermuthe ich, dass er etwas über die Ansicht seines Lehrers hinausgegangen, und dass letzterer nur darin einen Vergleich hat finden wollen. Sagt Arndt doch selbst:

«Das Alles (nämlich der geschilderte Verlauf der Vesania typica) legt den Gedanken nahe, dass, wie jede Psychose nichts Anderes als der Ausdruck, d. h. die Reactionsweise des in seiner Ernährung beeinträchtigten Nervensystems, insbesondere des Gehirns ist, dass so auch diese letztere an sich wieder nichts Anderes als bloss ein Ausdruck des Zuckungsgesetzes des in seiner Ernährung geschädigten Nerven überhaupt ist, und dass daher jede Psychose in ihrem Verlauf dem Zuckungsgesetze des ermüdeten oder absterbenden Nerven folgt. Und so ist es in der That.» Damit jedoch, dass es «in der That so sei», scheint mir kein Beweis für die Richtigkeit der Ansicht gegeben, und auch der Ausdruck «Es legt den Gedanken nahe» spricht ebenfalls wohl dafür, dass es eben nur eine Idee des Verfassers ist, welche Ersatz bieten sollte für die alte Theorie

Guislains, für Seelenschmerz und Reaction. Vor Allem aber möge Herr Dohm sich daran erinnern, dass Entartungsreaction, als welche er die melancholia secundaria seu stupurosa deuten zu dürfen glaubt, ein Vorgang ist, welcher sich nur im Muskel abspielt, und welchen auf das psychische Organ zu übertragen wohl keine Berechtigung vorliegt.

Um auf Einzelheiten einzugehen: Warum ist denn die nachgewiesener Massen erregbarere, centripetale, sensible Sphäre auch schwächer angelegt? Wo bleiben denn all jene Spann- und Druckkräfte im psychischen Organ, damit sie dem folgenden maniakalischen Stadium ein wohlgebahntes, von Hindernissen freies Feld bereiten? Ist denn für jede Psychose ein Darniederliegen der Ernährung durchaus erforderlich und stets vorhanden? Und warum sinkt die Ernährung des psychischen Organs in den meisten Fällen noch tiefer, den Eintritt der Manie zu vermitteln, während man doch in den Anstalten von vornherein bemüht sein wird, den körperlichen Bedürfnissen eines Melancholikers in ganz besonders guter Weise Rechnung zu tragen? Sollte es nicht doch rationeller sein, wenn man ein Verlaufsschema für die Geisteskrankheiten überhaupt haben und nicht annehmen will, dass die Psyche, deren tausend verschiedene Aeusserungsweisen wir auch im normalen Zustande bewundern müssen, auch im erkrankten Zustande mannichfachen Wechsel, zahlreiche Combinationen und Modifikationen zeigt, zurückzukehren zu dem alten Seelenschmerz Guislains und der Reaction der Psyche, welche aus der Melancholie die Manie erstehen lässt? Ist es nicht natürlicher anzunehmen, dass, sofern die Psyche überhaupt noch über einige Kräfte verfügt, endlich ein Rückschlag, zwar unbewusst, gegen die tausend neuen Empfindungen eintritt? — eine Annahme, unter welcher zahlreiche Fälle jedenfalls betrachtet werden können.

Bedauerlich scheint mir auch, dass Verfasser so sehr Griesinger als Stütze seiner Ansicht herbeiholt; muss ihm doch der oben citirte Aufsatz über Primordialdelirien vollständig entgangen sein, in welchem Griesinger seine alte Ansicht entschieden modificirt und wenigstens das Bestehen der pri-

mären Verrücktheit ohne melancholisches Anfangsstadium zugiebt.

Die ersten Anfänge einer Psychose d. h. nach der Definition des Verfassers von Geisteskrankheiten, krankhaften Seelenzuständen in dem Bereich der Gesundheit zu suchen, geht doch wohl nicht an. Weshalb Verfasser jene fünf Krankengeschichten an den Schluss der Arbeit zu stellen für nöthig hält, während er sie als Beweise für seine Theorie doch weder heranziehen möchte, noch auch kann, ist mir nicht ganz klar geworden. Jedenfalls lautet es entschieden naiv, wenn Herr Dohm sagt: «Es trat nach kurzem relativ normalen Verhalten eine zweite Manie ein, der nach unserer Ansicht abermals eine secundäre Melancholie folgen muss, bevor eventuelle Heilung eintritt.» Dass bei Fall IV in den 2 Anfällen die initiale Melancholie nach Ansicht des Verfassers zu fehlen scheint, dagegen lässt sich entschieden nichts einwenden; nach der ganzen Schilderung glaube ich denselben jedoch als einfache Folie circulaire ansehen zu dürfen. Von Fall I giebt Verfasser selbst zu, dass es eine periodische Form sei, bei welcher der Wechsel der Zustände ja allseitig zugegeben wird.

Zum Schlusse gestatte ich mir, an eine Arbeit des Herrn Emanuel Riedtmann[1], welche unter Leitung des Professor Wille erstanden ist, einige Bemerkungen zu knüpfen, da sie auch für vorliegende Frage von Bedeutung ist.

Zunächst möchte ich den Werth jener Arbeit bei Weitem nicht so gering anschlagen, wie Herr August Dohm es für nöthig hält, wahrscheinlich weil die Resultate seine und seines Lehrers Hypothesen so entschieden kreuzen, möchte dieselbe vielmehr im Grossen und Ganzen bestätigen und als eine Stütze für meine eigenen Untersuchungen annehmen, indem Verfasser jenem alten Satze Guislains entschieden abhold geworden ist und in nicht wenigen Fällen ein Abweichen von dem-

---

1. Emanuel Riedtmann, Ueber die Prodromalstadien der Psychosen. Inaugural-Dissertation. Basel, 1884.

selben nachgewiesen hat. Die Hoffnung glaube ich dem Verfasser jedoch rauben zu müssen, dass aus den theils somatischen, theils psychischen Initialsymptomen einen Schluss auf die hereinbrechende Geistesstörung zu machen verstattet und somit die Möglichkeit gegeben sei, sehr frühzeitig die entsprechende Therapie einzuleiten. Denn was die körperlichen Beschwerden anbelangt, so sind sie zum grössten Theil solche, welche auch das Anfangsstadium mancher andern körperlichen Erkrankung bilden; von den psychischen Symptomen auf der anderen Seite scheint mir ein Theil ebenfalls nur den Schluss auf irgend eine Unpässlichkeit im Gesammtorganismus zu verstatten, während ein zweiter entschieden schon in das Bereich psychischer Erkrankung fällt.

Wenn ich nunmehr auf Einzelheiten etwas näher eingehe, so kann ich das von der Melancholie Gesagte voll und ganz bestätigen. Denn auch unter meinen Fällen sind nur sehr wenige, bei welchen die Affection ganz plötzlich eingetreten ist. Es findet sich zumeist neben allerlei körperlichen Beschwerden, welche sich häufig in Kopfschmerzen, Schwächegefühl und Schlaflosigkeit äussern, gemüthliche Verstimmung, die sich bald in Klagen und Jammern kundgiebt, bald in grösserer Unruhe und Aufregung, und in sehr vielen Fällen völlige Arbeitsunlust zur Folge hat.

Für die Manie kann ich ein plötzliches Einsetzen jedoch durchaus nicht in Abrede stellen, denn unter meinem Material, bei welchem ja gerade diesem Punkte die Hauptaufmerksamkeit geschenkt wurde, finden sich eigentliche Prodromi nur in denjenigen Fällen, welche man als Manien mit vorausgegangener Melancholie bezeichnen muss. Die Aenderungen des Charakters, welche Verfasser als spezifisch, einen Schluss auf die Zukunft verstattend angiebt, konnte ich ebenso wenig finden wie die körperlichen Beschwerden, wenn man nicht etwa jene Fälle in Betracht ziehen will, bei welchen die Manie sich aus einer acuten Krankheit entwickelt hat.

Was die Verwirrtheit anbelangt, so zeigt ja die obige Zusammenstellung, dass in mehreren Fällen ein stadium initiale

depressionis nachweisbar war; wiederholt fielen die Kranken auf durch grössere Unruhe und Schwatzhaftigkeit, welche in einem Falle sogar eine schwach maniakalische Erregung zur Folge hatte; auch konnten in verschiedenen Fällen körperliche Beschwerden, so intensiver Kopfschmerz, Arbeitsunlust, nachgewiesen werden.

Bei denjenigen Fällen, die ich mit Riedtmann als einfachen Verfolgungswahn bezeichnen möchte, fanden sich als körperliche Beschwerden in einzelnen Fällen Kopfcongestionen, Schweisse, Augenschmerzen, Ohrensausen, nervöse und ganz besonders gastrische Beschwerden, Ausbleiben von Hämorrhoidal- und Menstrualblutungen; psychische Symptome betreffend, fielen die Kranken wiederholt auf durch verkehrte, verwirrte Reden, grössere Unruhe und Aufregung, ein eigenthümlich sonderbares und empfindliches Wesen, Leutscheu, grössere Angst und Depression, welche in einem Falle längere Zeit mit grösserer Heiterkeit abwechselte.

Auch bei denjenigen Fällen, bei welchen die Hallucinationen für den Anfang in den Vordergrund treten, lassen sich besonders typische Prodromi nicht angeben; auch hier findet man nicht selten psychische Verstimmung neben grösserer Unruhe, Veränderung des Charakters, auch die schon oben angegebenen körperlichen Beschwerden, unter denen gastrische Störungen wiederum nicht gar selten sind. So konnte in einem Falle der Ausbruch des Anfalls als directe Folge eines heftigen Durchfalles angesehen werden. Von abnormen Sensationen und Empfindungen finde ich nur einmal die Angabe, dass seit 1 ½ Jahr bereits Wollustgefühl vorhanden gewesen sei.

Die ganze Untersuchung ergiebt nun eine entschiedene Bestätigung der damals von Witkowski aufgestellten Ansicht über das stadium prodromale; ja es hat sich das Verhältniss der nicht Deprimirten zu den Deprimirten noch entschieden günstiger gestaltet. Und aus dieser Bestätigung geht gleichzeitig auch hervor, dass sowohl die alte Ansicht Guislains als auch die neuerdings aufgestellte Behauptung von Arndt und Dohm unrichtig ist, sofern man mir eben zugiebt, dass

jene allgemeinen Prodromi, welche Arndt schon als Psychosen bezeichnet wissen will, keine wirklichen Geisteskrankheiten, sondern eben nur Andeutungen dafür sind, dass im Organismus irgend eine Unpässlichkeit steckt, von welcher man allerdings von vornherein nicht angeben kann, was daraus entstehen wird.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, dem Herrn Prof. Jolly für die gütige Ueberlassung des Materials, wie die freundliche Anleitung bei der ganzen Untersuchung meinen besten Dank auszusprechen.